

GAZETA KONGRESOWA

XXVII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Uroczysta Inauguracja XXVII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

W czwartek o godz. 17:30 w Sali Ziemi A PCC odbyła się Uroczysta Inauguracja Kongresu PTK. Gości powitał Komitet Organizacyjny reprezentowany przez prof. dra hab. n. med. Przemysława Mitkowskiego, prof. dra hab. n. med. Romualda Ochotnego, prof. dra hab. n. med. Macieja Lesiaka.

– Inauguracja Kongresu to nie tylko jego otwarcie, to także okazja, żebyśmy podziękowali tym wszystkim, którzy tworzą polską kardiologię, którzy działają na jej rzecz i powodują, że przesuwamy się przodu. To są nagrody dla tych, którzy wspierają nasze działania edukacyjne, którzy udzielają grantów naszym członkom. To również szansa pochwalenia tych, których osiągnięcia naukowe są zauważalne nie tylko w kraju, ale i za granicą. Myślę, że formuła tej inauguracji jest bardzo ważna, w zasadzie nie zmieniamy jej od lat. Co było również bardzo istotne i co dla mnie jest bardzo ważne, to że szczególnie nagradzamy młodych naukowców, członków „Klubu 30”, tych, których dorobek naukowy pozwolił na wejście do tego elitarnego gremium – powiedział prof. Przemysław Mitkowski, Współprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego XXVII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Profesor Przemysław Mitkowski przywitał zgromadzonych gości, wśród nich byli: Jędrzej Solarzski – Wiceprezydent Miasta Poznania; Paulina Stochniałek – Członkini Zarządu Województwa Wielkopolskiego; prof. dr hab. n. med. Zbigniew Krasinski – Prorektor ds. Klinicznych i Współpracy z Regionem, Uniwersytet Medyczny Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; Krystyna Mackiewicz – Dyrektor Naczelny, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu; dr Grzegorz Kubielas – naczelnik Wydziału Lecznictwa Szpitalnego Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia; Pani Małgorzata Machulska, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu; prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewicz – Konsultant Krajowy w dziedzinie Kardiologii; Agnieszka Wolczenko – Prezes Stowarzyszenia EcoSerce.

– W imieniu Komitetu Naukowego Kongresów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego chciałbym Państwa serdecznie przywitać na XXVII Międzynarodowym Kongresie PTK w Poznaniu. Staraliśmy się bardzo, aby program naukowy tegorocznej konferencji był niezwykle interesujący, żeby nie było w nim słabych punktów, a każda sesja stała na równie wysokim poziomie. Sesji jest 148 i myślę, że pokrywają pełne spektrum zainteresowań kardiologicznych i każdy znajdzie w tym programie coś dla siebie. Szczególnie polecam sesje wspólne Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego organizowane z innymi towarzystwami naukowymi. Nasza współpraca interdyscyplinarna to podstawa dla dalszej poprawy diagnostyki i leczenia



chorób układu krążenia i świetnie wpisuje się w hasło i motto tegorocznego Kongresu „Wspólnie dla serca. Od poradni do kliniki” – podziękował Komitetowi Naukowemu Kongresów za przygotowanie niezwykle bogatego programu prof. Jacek Legutko. Doniosłą częścią Inauguracji było podsumowanie kadencji przez ustępującego Prezesa PTK prof. Przemysława Mitkowskiego, poinformowanie o wyniku wyborów na kadencję 2023–2025 oraz przekazanie pałeczki kolejnemu Prezesowi prof. Robertowi Gilowi, który przedstawił swój program.

Następnie zaprosili na scenę prof. Adama Witkowskiego i razem poprowadzili ceremonię nadania Członkostwa Honorowego PTK. W tym roku tytuł ten otrzymał profesor Piotr Hoffman, a laudację wygłosiła prof. Katarzyna Mizia-Stec. Medale PTK otrzymali byli Redaktorzy Naczelni „Kardiologii Polskiej” za wybitny wkład w rozwój czasopisma: Włodzimierz Januszewicz (1968–80), Piotr Kulakowski (2005–2011) oraz Krzysztof J. Filipiak (2012–2017).

Tradycyjnie część ceremonii przeznaczono na wyróżnienia i nagrody. W tym roku po raz dwudziesty trzeci wręczono Nagrodę Prezesów PTK – z rąk prof. Janiny Stepińskiej, Przewodniczącej Kapituły, otrzymał ją dr hab. Piotr Radosław Futyma za cykl prac: „Zastosowanie ablacji bipolarnej w leczeniu arytmii opornych na ablację klasyczną wraz z wdrożeniem dedykowanego przyrządu”. Nagrodę PTK im. Profesora Stefana Rywika za rok 2023 z rąk prof. Mitkowskiego, prof. Gila i prof. Witkowskiego odebrał prof. Tomasz Kostka za wybitne osiągnięcia naukowe, organizacyjne, edukacyjne i popularyzatorskie na rzecz profilaktyki chorób układu krążenia i aktywności fizycznej szczególnie osób w starszym

wieku. Następnie prof. Przemysław Leszek poprowadził ceremonię rozdania Nagród Naukowych PTK za rok 2022, które otrzymali: Nagrodę Naukową zespół autorów: Mariusz Gąsior, Jacek T. Niedziela, Piotr Rozentryt, Bożena Szygula-Jurkiewicz za cykl prac „Badania dotyczące wybranych aspektów patofizjologii oraz czynników warunkujących rokowanie u chorych z niewydolnością serca”; Nagrodę za Publikację Naukową w roku 2022 zespół autorów za pracę: „Impact of empagliflozin on decongestion in acute heart failure: the EMPULSE trial”; zespół autorów za pracę: „A comprehensive characterization of acute heart failure with preserved versus mildly reduced versus reduced ejection fraction – insights from the ESC-HFA EORP Heart Failure Long-Term Registry”; oraz zespół autorów za pracę: „Markers of NET formation and stroke risk in patients with atrial fibrillation: association with a prothrombotic state”.

Później na scenę wszedł prof. Jacek Legutko, który wręczył nagrody Komitetu Naukowego Kongresów PTK za najlepsze prace ogłoszone na XXVII Międzynarodowym Kongresie PTK w 2023 r. z zakresu: badań klinicznych za pracę: „Przecewnikowa trombektomia mechaniczna w leczeniu zatorowości płucnej – wyniki wielośrodkowego rejestru Polskiej Inicjatywy PERT”; badań podstawowych za pracę: „Obniżona wyjściowa przepuszczalność skrzepu fibrynowego oraz podwyższony poziom E-selektyny po 3 miesiącach jako nowe markery rezydualnej niedrożności tętnic płucnych u pacjentów z ostrą zatorowością płucną”; prac plakatowych za pracę: „Krótkoterminowy i średnioterminowy wpływ polskiego smogu na śmiertelność sercowo-naczyniową – analiza 709 gmin i ponad 80 milionów

osobolat obserwacji (EP-Particles study)”; badań studenckich za pracę: „Czy możemy użyć HCM-AF Risk Score do predykcji 2- i 5-letniego przebiegu klinicznego i występowania AF u polskich pacjentów z kardiomiopatią przerostową?”.

Podczas uroczystości zostały wręczone także nagrody za najbardziej efektywne wdrożenie rozwiązania z zakresu e-zdrowia w placówce medycznej wspomagającej opiekę nad pacjentem kardiologicznym, zaprezentowane podczas XXVII Kongresu PTK. Z rąk prof. Pawła Krzesińskiego Nagrodę Główną odebrali przedstawiciele Klinicznego Oddziału Kardiologii Wielospecjalistycznego Szpitala w Nowej Soli za „LAT-AI – model oparty o sztuczną inteligencję wspierający decyzję o wykonaniu lub badaniu przezprzełykowego USG przed ablacją lub kardiwersją”, a Nagrodę Specjalną Komisji ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji PTK odebrali przedstawiciele Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku za prezentację „TelePrzyjaciele od Serca” – Diagnostyka arytmii u dzieci i młodzieży zgłaszającej się do Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z wykorzystaniem urządzeń telemedycznych i zdalnego kardiomonitingu.

W dalszej części prof. Mitkowski, prof. Gil, prof. Witkowski oraz prof. W. Wojakowski wręczyli kolejne nagrody: Grant Naukowy firmy Servier Polska – Tomaszowi Jadczykowi, Grant Naukowy firmy Boehringer Ingelheim – Marcie Załęskiej-Kocięckiej, Grant Naukowy firmy Berlin-Chemie/Menarini – Pawłowi Gąsiorowi, Grant dla Młodego Naukowca 2023 – Maciejowi Mazurkowi, „Specialized Research Fellowship – 2023” „Klubu 30” PTK – Sylwii Sławek-Szmyt oraz Nagrodę Naukową im. Profesora Leszka Ceremużyńskiego za rok 2022 – Konradowi Pieszkowi.

Do sekcji młodych polskich kardiologów dołączyli: Kamil Bujak, Piotr Hamala, Madeleine Johansson, Mariusz Kowalewski, Paweł Kozieł, Cezary Maciejewski, Patrycja Molek-Dziadosz, Izabela Nabialek-Trojanowska, Joanna Popiołek-Kalisz, Magda Roleder-Dylewska, Wojciech Skorupski, Ewa Świerżyńska, Julia Umińska oraz Szymon Urban.

W ostatniej części ceremonii przyznano tytuły – Partner Strategiczny Polskiej Kardiologii 2023: Berlin-Chemie/Menarini, Boehringer Ingelheim, Pfizer, Servier; Partner Polskiej Kardiologii 2023: Abbott, Adamed, AstraZeneca, KRKA, Polpharma; Przyjaciół Polskiej Kardiologii 2023: Bausch Health; Wyróżnienie Zarządu Głównego PTK 2023: Novartis; oraz Nagrodę Jubileuszową z okazji XX-lecia ogólnopolskiej kampanii profilaktyczno-edukacyjnej „Servier dla Serca” dla firmy Servier.

Po uroczystej inauguracji rozpoczęła się Sesja specjalna Prezesa PTK, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii i Przewodniczącego Komitetu Naukowego Kongresów PTK – „Dwa lata polskiej kardiologii: sukcesy, niepowodzenia i wyzwania”.

Prof. Piotr Hoffman Członkiem Honorowym Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne decyzją Zarządu Głównego zatwierdzone przez Walne Zebranie Delegatów postanowiło przyznać w tym roku tytuł Honorowego Członka PTK Profesorowi Piotrowi Hoffmanowi. Wniosek o nadanie tytułu złożyła Asocjacja Echokardiografii PTK.

Profesor Piotr Hoffman – to dla nas wielki Kardiolog, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, lekarz klinicysta, którego pasją jest obrazowanie, ekspert w diagnostyce i leczeniu wrodzonych wad serca.

Droga Pana Profesora do miejsca, w którym jesteśmy dzisiaj, to stały rozwój, pokonywanie kolejnych wyzwań, a przy tym realizacja marzeń i przyjaźń do ludzi.

Profesor Piotr Hoffman po ukończeniu Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie pracował w Centralnym Szpitalu

Kolejowym w Międzyzlesiu, po czym rozpoczął pracę w Instytucie Kardiologii w Aninie. Od 2002 roku jest kierownikiem Kliniki Wad Wrodzonych Serca w Narodowym Instytucie Kardiologii.

Profesor Hoffman jest wybitnym kardiologiem klinicznym, który od początku pracy zawodowej ze szczególnym zaangażowaniem zajmuje się wadami wrodzonymi serca u dorosłych. Tej niezwykle trudnej i wymagającej tematyce poświęcone były jego praca doktorska oraz rozprawa habilitacyjna. W roku 2006 otrzymał z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej tytuł naukowy profesora zwyczajnego.

Podczas swojej kariery naukowej zdobywał doświadczenie w znakomitych europejskich ośrodkach kardiologicznych, m.in. w Wilhelmina Children's Hospital w Utrechcie w Holandii czy w Western General Hospital oraz Hospital for Sick Children i Royal Infirmary w Edynburgu.

Najważniejsze osiągnięcia naukowe Profesora Piotra Hoffmana to wprowadzenie i rozpowszechnienie w Polsce różnych form badań echokardiograficznych. Szczególne miejsce ma wykorzystanie echokardiograficznego badania przezprzetykowego w diagnostyce wad nabytych i wrodzonych serca, w tym jako techniki monitorującej procedury przecewnikowej i kardiochirurgicznej. Profesor Hoffman jako pierwszy na świecie wprowadził do echokardiografii przezprzetykowej obrazowanie serca z dna żołądka, które wykorzystywane jest do dzisiaj. Jako pierwszy w naszym kraju zastosował i wprowadził echokardiografię przezprzetykową w diagnostyce kardiologicznej noworodków i dzieci. Kompleksowa wiedza oraz ogromne doświadczenie kliniczne Pana Profesora zaowocowały opracowaniem algorytmów diagnostyki wad wrodzonych, które łączą różne metody obrazowania nieinwazyjnego.

Od początku swojej pracy zawodowej Profesor Hoffman prowadził bardzo szeroką działalność edukacyjną – wygłosił olbrzymią liczbę wykładów, zorganizował szereg warsztatów i konferencji.



Był promotorem licznych rozpraw doktorskich i opiekunem przewodów habilitacyjnych. Od momentu, w którym rozpoczął kierowanie kliniką, czterech lekarzy uzyskało stopień naukowy profesora zwyczajnego, przeprowadzono 7 przewodów habilitacyjnych, obroniono 11 przewodów doktorskich.

Profesor Hoffman jest wieloletnim członkiem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (od 1984 roku). Pełnił funkcję przewodniczącego Sekcji Echokardiografii oraz przez wiele lat był członkiem Zarządu. Aktywne włączenie się w prace Sekcji Echokardiografii PTK oraz naukowe zaangażowanie Pana Profesora przełożyły się na opracowanie pierwszych polskich wytycznych obrazowania echokardiograficznego, które opublikowano w 1999 roku, a także pierwszych polskich wytycznych postępowania z dorosłymi z wrodzoną wadą serca, opublikowanych dwa lata później. Dokumenty te były wielokrotnie aktualizowane i do dzisiaj pełnią funkcję świetnych podręczników. Z inicjatywy Prof. Hoffmana zaczęto organizować coroczny zjazd Sekcji, który do tej pory cieszy się ogromną popularnością – Pan Profesor jest autorem nazwy PolEcho, która funkcjonuje do dzisiaj. Profesor Hoffman rozpoczął akcję przyznawania w ramach konkursu grantów wyjazdowych umożliwiających członkom Sekcji prezentację dorobku naukowego na corocznych zjazdach europejskich.

Pan Profesor jest także założycielem Sekcji Wad Wrodzonych Serca u Młodocianych i Dorosłych PTK, w której początkowo pełnił funkcję przewodniczącego, a kolejne lata pracował w Zarządzie. Organizowane corocznie konferencje Sekcji w znacznym stopniu przyczyniły się do popularyzacji tej trudnej dziedziny kardiologii wśród polskich lekarzy.

W roku 2009 został członkiem Zarządu Głównego PTK, w którym przez kolejne dziesięć lat sprawował funkcję Prezesa Elekta, Prezesa PTK i Byłego Prezesa. Kadencję Prof. Hoffmana charakteryzowały motto „Obrazowanie serca i naczyń – rozpoznanie, monitorowanie, rokowanie” oraz kampania „Zdrowe dzieci, zdrowa młodzież,

zdrowi dorośli” dedykowana prewencji chorób układu krążenia. Był jednym z głównych organizatorów szeregu spotkań z politykami w Sejmie i Senacie, które poświęcone były problemom organizacyjnym i systemowym prewencji i leczenia schorzeń układu sercowo-naczyniowego w Polsce.

Dorobek naukowy Profesora Piotra Hoffmana jest imponujący – obejmuje ponad 420 prac ory-

ginalnych, poglądowych i kazuistycznych, 210 rozdziałów w monografiach oraz 21 monografii, a wskaźnik oddziaływania IF-Impact factor wynosi 608,282.

Prof. Hoffman jest członkiem rady naukowej wielu prestiżowych czasopism naukowych (m.in. „European Heart Journal of Cardiovascular Imaging”, „Kardiologia Polska”). Był członkiem komitetów naukowych międzynarodowych i krajowych kongresów kardiologicznych, m.in. Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Europejskiej Asocjacji Obrazowania Sercowo-Naczyniowego czy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i jego Sekcji.

Aktywności i zasług Pana Profesora jest zbyt wiele, aby je w prosty sposób podsumować. Warto jednak dodać – Profesor Piotr Hoffman to nie tylko wyjątkowy kardiolog. To uśmiechnięty, wybitnie inteligentny, życzliwy Człowiek o wielu talentach pozamedycznych.

Szanowny Panie Profesorze, gratulujemy najważniejszego wyróżnienia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jesteśmy dumni, że mamy Pana Profesora w naszym gronie! Życzymy zdrowia, sił i wytrwałości w dalszym wspieraniu naszego środowiska! ●

Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Mizia-Stec
Przewodnicząca Asocjacji Echokardiografii PTK

Piątek, 29 września
9:00 - 10:30 PCC SALA 1.A

Jak... przetrwać zmianę na oddziale intensywnej opieki kardiologicznej?

Wspólna sesja Association for Acute Cardiovascular Care ESC i „Klubu 30” PTK

Sesja specjalna

Przewodniczący: H. Schaubroeck (Gandawa), A. Tycińska (Białystok), A. Kapłon-Cieślicka (Warszawa)

Mechaniczne wspomaganie krążenia we wstrząsie kardiogenym

M. Gramegna (Mediolan)

O Boże, pacjent z LVAD!

M. Załęska-Kocięcka (Warszawa)

Ostra niewydolność serca podczas ciąży

S. Gevaert (Gandawa)

Jak postępować z pacjentem po przeszczepie serca?

M. Sokolski (Wrocław)

Dyskusja



Sylwetka laureata Nagrody Kapituły Prezesów PTK 2023



prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska
Przewodnicząca Kapituły Nagrody Prezesów PTK

Już po raz 23. została wręczona Nagroda Kapituły Prezesów. Jest to najważniejsze wyróżnienie naukowe przyznawane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Rokrocznie w „Gazecie Kongresowej” przypominam zasady Regulaminu Nagrody, licząc na jeszcze większe zainteresowanie młodych naukowców. Nagroda jest przyznawana naukowcom, członkom PTK, którzy w dniu upłynięcia terminu zgłoszeń do Nagrody nie ukończyli 45. roku życia. Przyznawana jest za oryginalny dorobek naukowy lub nowatorskie rozwiązania wdrożeniowe w zakresie kardiologii klinicznej lub doświadczalnej. Podstawę wniosku o Nagrodę stanowią prace wydrukowane w recenzowanych czasopismach naukowych. Przynajmniej część dorobku będącego podstawą wniosku musi być realizowana w Polsce. Natomiast we wszystkich zgłoszonych pracach kandydat musi mieć afiliację polskiego ośrodka.

W skład Kapituły Nagrody wchodzi wszyscy dotychczasowi Prezesi PTK oraz Prezes Elekt. Fundatorem nagrody jest firma Bayer.

W tym roku wpłynęło 11 wniosków o Nagrodę. Najczęściej kandydaci sami zgłaszali swoją kandydaturę, czterech zgłosili kierownicy Klinik, a tylko jedna kandydatka została zgłoszona przez sekcję PTK. Po raz kolejny największa liczba – aż 6 zgłoszeń – pochodzi z Warszawy, dwa z Katowic, po jednym z Lublina, Rzeszowa i Zabrza. Po raz pierwszy wśród kandydatów do Nagrody są trzy kobiety. Spośród kandydatów tylko dwie osoby nie są samodzielnymi pracownikami nauki. Szescioro z kandydatów ma mniej niż 40 lat.

Wszystkie aplikacje spełniały warunki formalne. Dokumentacja w formie elektronicznej została przekazana członkom Kapituły przed posiedzeniem. Już po raz drugi korzystaliśmy z załącznika porządkującego informacje dotyczące kandydatów i ich dorobku naukowego, ale przede wszystkim eksponujące osiągnięcie zgłoszone do Nagrody. Opis osiągnięcia, lista publikacji i same publikacje są kluczowe dla dalszych dyskusji. Osiągnięcia zgłoszone do Nagrody miały w tym roku bardzo zróżnicowany charakter. Dotyczyły nauk podstawowych, wykorzystania innowacyjnych technologii, wdrożenia telemedycyny, wykorzystania rejestrów medycznych, stratyfikacji ryzyka i optymalizacji postępowania. Dlatego dyskusje były burzliwe, bardzo ciekawe, a wybór nie był prosty.



Tegorocznym Laureatem został dr hab. n. med. Piotr Radosław Futyma z Ośrodka Kardiologii im. św. Józefa w Rzeszowie i z Uniwersytetu Rzeszowskiego. Nauczycielem elektrofizjologii i wieloletnim opiekunem naukowym jest prof. dr hab. n. med. Piotr Kulakowski z Kliniki Kardiologii CMKP w Szpitalu Grochowski w Warszawie. Nagroda została przyznana za cykl prac: „Zastosowanie ablacji bipolarnej w leczeniu arytmii opornych na ablację klasyczną wraz z wdrożeniem dedykowanego przyrządu”. Gdy źródło arytmii znajduje się głęboko w miokardium, ablacja klasyczna może okazać się niewystarczająca. Jedną z metod pozwalających na leczenie tych trudno zlokalizowanych arytmii jest ablacja bipolarna. Zastosowanie drugiej elektrody ablacyjnej podłączonej zamiast płytki dyspersyjnej powoduje, że prąd częstotliwości radiowej podróżuje pomiędzy końcówkami dwóch elektrod ablacyjnych, obejmując ten sposób z dwóch stron miejsce ablacji i zwiększając szanse jej powodzenia. W cyklu publikacji dr hab. n. med. Piotr Futyma zademonstrował metody optymalizacji i poprawy skuteczności oraz bezpieczeństwa ablacji bipolarnej. Zaprojektowane przez niego urządzenie nazywa się „Dr. Futyma Bipolar Ablation Adapter”. Doktor Futyma wdrożył do tej pory opracowaną przez siebie metodę w 19 wiodących ośrodkach elektrofizjologicznych, między innymi w Niemczech, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii, Austrii, Rumunii, Czechach, Chorwacji, Malezji, a w przyszłym tygodniu przewidziane jest wdrożenie w Belgii.

Spośród 10 prac cyklu zgłoszonego do Nagrody dr hab. n. med. Piotr Futyma w 7 jest pierwszym autorem. Prace opublikowane są w latach 2019 – 2020. W ostatnim roku liczba cytowań prac zgłoszonych do Nagrody wzrosła z 64 do 162. Zarówno zasięg wdrożenia, jak i istotny wzrost cytowań są dowodem na nowatorski charakter wdrożenia. Pan Doktor Futyma swoje pierwsze prace projektowe w zakresie ablacji bipolarnej rozpoczął prawie 10 lat temu, a do Nagrody aplikował po raz trzeci. To najlepszy dowód na to, że osiągnięcie sukcesu niekiedy wymaga czasu i wytrwałości.

W imieniu Kapituły Prezesów PTK gratuluję dr hab. n. med. Piotrowi Radosławowi Futymie. Gratulujemy osiągnięcia również wszystkim Kandydatkom i Kandydatom do Nagrody Prezesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

W tym roku, w czasie Posiedzenia Kapituły Prezesów PTK, odbyły się wybory Przewodniczącego Kapituły. Z przyjemnością dzielię się z Państwem informacją, że będę pełniła tę funkcję przez kolejne trzy lata. ●

Laureaci Nagrody Prezesów PTK*

Rok	Laureat
2001	Krzysztof Narkiewicz
2002	Piotr Ponikowski
2003	Marcin Demkow
2004	Piotr Pruszczyk
2005	Jarosław D. Kasprzak
2006	Anetta Undas
2007	Marek Deja
2008	Wojciech Wojakowski
2009	Jacek Jawień
2010	Łukasz Szumowski
2011	Ewa A. Jankowska
2012	Katarzyna Stolarz-Skrzypek
2013	Maciej Kostrubiec
2014	Mariusz Kruk
2015	Karol Kamiński
2016	Mateusz Śpiewak
2017	Tomasz Roleder
2018	Marcin Grabowski
2019	Miłosz Jaguszewski
2020	Maksymilian Opolski
2021	Jan Biegus
2022	Mariusz Tomaniak
2023	Piotr R. Futyma

*Do roku 2005 Nagroda Kardiologiczna Firmy Bayer.

W tabeli nie podano tytułów i stopni naukowych Laureatów, ponieważ od czasu uzyskania Nagrody uległy one zmianom

WYTYCZNE ESC/PTK

na XXVII Międzynarodowym Kongresie PTK w Poznaniu

Wytyczne ESC dotyczące chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy



prof. dr hab. n. med. Maciej Lesiak
I Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu



prof. dr hab. n. med. Paweł Burchardt, FESC
Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych/ Pracownia Biologii Zaburzeń Lipidowych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Do grupy nowych wytycznych, które zostały opublikowane w 2023 roku, należy dokument dotyczący postępowania w chorobach sercowo-naczyniowych u osób z cukrzycą. Wymaga podkreślenia, że w przeciwieństwie do zaleceń z 2018 roku, te dotyczą jedynie cukrzycy, nie uwzględniając stanów przedcukrzycowych. W dokumencie zwrócono uwagę i przedstawiono 3 zasadnicze koncepty. Po pierwsze u wszystkich osób z obciążeniami s-naczyniowymi należy poszukiwać klinicznych wykładników cukrzycy i jej powikłań narządowych, w tym m.in. chorób nerek, która dodatkowo zwiększa ryzyko chorób s-n. Stąd należy rutynowo u tych pacjentów oznaczać stężenie HbA_{1c} oraz oceniać klirens kreatyniny lub stosunek albumina/kreatynina w moczu. Z drugiej strony należy pamiętać, że u osób z cukrzycą t.2 często współwystępują powikłania narządowe, objawiające się właśnie chorobami układu s-n czy nerek. Stąd u tych osób należy określić ryzyko wystąpienia wszystkich zdarzeń sercowo-naczyniowych w okresie najbliższych 10 lat. W tym celu została zaadoptowana skala SCORE₂, która w stratyfikacji ryzyka u osób z cukrzycą wykorzystuje dodatkowo parametry związane z cukrzycą: wiek pacjenta w momencie rozpoznania cukrzycy, poziom hemoglobiny glikowanej oraz funkcję nerek określaną za pomocą wskaźnika eGFR. Skalę SCORE₂-Diabetes, analogicznie do SCORE₂ lub SCORE-OP, należy stosować u pacjentów bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej oraz bez uszkodzenia narządów (target organ damage). Klasyfikuje ona pacjentów do 4 grup ryzyka (ekstremalnie wysokie, bardzo wysokie, wysokie, niskie/umiarkowane).

Drugim ważnym przesłaniem dokumentu jest konieczność wdrażania takiego leczenia hipoglikemizującego u osób z cukrzycą t.2 i powikłaniami narządowymi, które ma udokumentowane pozytywne benefity sercowo-naczyniowe, niezależnie nawet od jego wpływu na redukcję stężeń HbA_{1c}. Tutaj dokument wyróżnia 3 sytuacje kliniczne. Choroba sercowo-naczyniowa (lek pierwszego rzutu GLP1RA lub flozyna), niewydolność serca (lek rekomendowany flozyna), przewlekła choroba nerek (preferowane flozyna oraz finarenon). Dopiero leczenie drugiego rzutu kładzie nacisk na wyrównanie metaboliczne

cukrzyca z priorytetem wyboru leków o dodatkowo pozytywnym lub co najmniej neutralnym wpływie na wymienione choroby współistniejące (personalizacja leczenia zbliżona do algorytmu zaproponowanego przez ADA w 2022 roku).

Trzecim ważnym aspektem zaleceń są rekomendacje dla osób z cukrzycą, ale bez wywiadu obciążonego ACVD lub chorobami nerek. W tym przypadku postępowanie winno być determinowane wspomnianym wcześniej oszacowaniem kategorii ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych w okresie 10 lat, ale zaadoptowanym właśnie dla osób z cukrzycą t.2. W zależności od kategorii ryzyka leczenie hipoglikemizujące u tych osób należy rozpoczynać od metforminy (ryzyko niskie/umiarkowane), można też rozpoczynać leczenie dwoma lekami na raz (metformina i/lub flozyny lub GLP1RA) w grupach o większym ryzyku. Flozyny lub GLP1RA są rekomendowane w ryzyku wysokim/ bardzo wysokim i ze współistniejącą ACVD. Kategoriom ryzyka wyznaczonym na podstawie SCORE₂-Diabetes przyporządkowane są analogiczne cele terapeutyczne, m.in. stężeń LDL jak dla osób bez cukrzycy. Stąd per analogiam osoby te powinny być leczone w oparciu o podobne grupy leków. Dokument zwraca także uwagę na postępowanie w towarzyszących cukrzycy zaburzeniach lipidowych, nadciśnieniu tętniczym czy zaburzeniach rytmu. Wskazuje także na konieczność zmian behawioralnych oraz skoordynowanej opieki mającej na celu przestrzeganie zaleceń i monitorowanie terapii pod kątem nie tylko realizacji celów terapeutycznych dla określonych grup ryzyka s-n, ale także bezpieczeństwa terapii. Dokument jest niezwykle czytelny, logiczny i konkretny, a najważniejsze jego aspekty zostały przedstawione w formie bardzo sugestywnych rycin. Na samym końcu należy wspomnieć także o polskich akcentach. W grupie jego autorów znalazł się Pan Profesor Lesiak, jego recenzentami natomiast byli Prof. Witkowski oraz Prof. Burchardt. Podczas Międzynarodowego Kongresu PTK zapraszamy na sesje dedykowane właśnie dokładnemu omówieniu zaleceń postępowania w chorobach sercowo-naczyniowych u osób z cukrzycą. ●

Nowe wytyczne postępowania w infekcyjnym zapaleniu wsierdza w 10 krokach



prof. dr hab. n. med. Jarosław Drożdż
II Klinika Kardiologii
Centralny Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Każdy lekarz powinien posiadać podstawową wiedzę z zakresu IZW, a nowy dokument nadaje się do tego znakomicie. Poniżej przedstawię jedynie zarys pełnego, 95-stronicowego tekstu.

- Zapobieganie IZW.** W wytycznych analizowane są zarówno drogi wniknięcia mikroorganizmów, sytuacje kliniczne, jak i strefy serca szczególnie narażone na IZW. To znacznie szerszy temat niż antybiotykowa prewencja. Poza unikaniem wniknięcia mikroorganizmów drogą jatrogenną bądź zależną od samego pacjenta, to także ścisła opieka stomatologiczna.
- Edukacja pacjenta.** W dokumencie wytycznych zawarte jest 5-punktowe zalecenie dla chorych wysokiego ryzyka IZW, które doskonale nadaje się do szerszego rozpropagowania.
- Endocarditis Team.** Powołanie tego zespołu wynika ze względnie rzadkiego występowania IZW oraz szerokiego spektrum podejmowanych decyzji o fundamentalnym znaczeniu. Co więcej, te decyzje podejmowane muszą być szybko i wdrażane do praktyki klinicznej bezzwłocznie.
- Objawy kliniczne.** Obraz kliniczny (uogólniona reakcja zapalna) może być zupełnie niecharakterystyczny u wielu osób, w tym seniorów i pacjentów z deficytem immunologicznym. Ważne, że 1/4 pacjentów z IZW nie ma gorączki, a prawie połowa – słyszalnego szmeru nad sercem.
- Wyniki laboratoryjne.** Wytyczne pokazują, że wyniki badań laboratoryjnych są nieswoiste dla IZW. Najczęściej sięgamy po CRP oraz stężenie prokalcytoniny, które, poza walorem rozpoznania uogólnionej reakcji zapalnej, dobrze odzwierciedlają także odpowiedź pacjenta na wdrożoną terapię.
- Wyniki posiewu krwi.** To jeden z dwóch głównych wskaźników objawów IZW obok wyniku badań obrazowych. Warto pomyśleć przy ujemnych posiewach krwi o rzadziej spotykanych mikroorganizmach – Brucella spp., Coxiella burnetii, Bartonella spp., Tropheryma whipplei, Mycoplasma spp., Legionella spp. czy Mycobacteria.
- Obrazowanie.** Zauważyliście Państwo, że nie podaję tu terminu „echokardiografia”, lecz termin szerszy – obrazowanie, gdyż to także tomografia komputerowa (CT) oraz 18F-PET-CT, z najwyższym poziomem rekomendacji, ale również scyntygrafia z użyciem znakowanych leukocytów. Analizując jednak szczegółowe zapisy, wytyczne mówią jasno – to echokardiografia powinna być pierwszym badaniem u chorego z podejrzeniem IZW i w przypadku podejrzenia zawsze należy przeprowadzić badanie przezprzełykowe.
- Kryteria rozpoznania IZW.** Jeden duży punkt przypisany jest, jak dawniej, dodatniemu posiewowi krwi. Drugi punkt uzyskujemy na podstawie wyniku badania echokardiograficznego TTE + TEE, CT serca, 18F-PET-CT lub scyntygrafii z użyciem znakowanych leukocytów. Dlaczego w przypadku IZW pozostanę na razie tradycjonalistą skupionym na badaniu echo – omówię podczas wykładu na Kongresie.
- Antybiotykoterapia.** Niewiele mam tu do napisania, gdyż zazwyczaj w praktyce klinicznej sięgam do dokumentu wytycznych, gdzie znajdują Państwo przejrzyste tabele. Zawsze zwracam uwagę na dysfunkcję nerek. Tu także mieści się kwestia domowego leczenia IZW precyzyjnie opisana w wytycznych.

- Leczenie operacyjne.** To najważniejszy element nowych wytycznych. Krótko mówiąc – zdecydowanie częściej zalecamy operację, natychmiast po podjęciu takiej decyzji przez Endocarditis Team. Ten i następne punkty szerzej omówiłem podczas Sesji Specjalnej w czwartek o 12:15 na Sali Ziemi A, a także w moim cotygodniowym podkaście Cardio-Know-How.

Najważniejszym aspektem nowych wytycznych infekcyjnego zapalenia wsierdza jest wskazanie drogi, która może poprawić rokowanie pacjentów po wielu latach względnej stagnacji w tym zakresie. Po przeczytaniu całego tekstu taka droga jawi się dość klarownie i składa się z pięciu kluczowych elementów:

- Prewencja** – jako termin szerszy niż profilaktyka. Prewencja to powszechne stosowanie aseptycznych metod leczenia interwencyjnego, szczególnie w zakresie elektroterapii, ścisła opieka stomatologiczna, unikanie sytuacji związanych z ryzykiem zakażenia, np. samodzielne infekcje dożylnie, piercing, tatuaże itp., a dopiero na końcu **profilaktyka** z jednorazowym podaniem antybiotyków w wybranych sytuacjach klinicznych.
- Postawienie **rozpoznania** – wczesne i pewne, co pozwala na wdrożenie kolejnych elementów naszej listy.
- Podejmowanie najbardziej **optymalnych decyzji** związanych z leczeniem szybko i pewnie, co stanowi podstawę oczekiwań w odniesieniu do zespołu **Endocarditis Team**.
- Antybiotykoterapia** – celowana bądź empiryczna, ale stosowana ściśle według nowych wytycznych. W praktyce klinicznej sięgamy do tabel umieszczonych w tekście.
- Leczenie operacyjne lub zabiegowe** – zgodnie z decyzją Endocarditis Team, ale wdrożone bez zbędnego oczekiwania. Wielu ekspertów uznaje usunięcie tkanek zmienionych zapalnie – wegetacji, zastawek, urządzeń wszczepialnych – za jedną z zasadniczych metod postępowania, która może poprawić rokowanie. ●

Aktualizacja wytycznych dotyczących niewydolności serca z 2021 r.



prof. dr hab. n. med. Jadwiga Nessler
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II, Oddział Kliniczny Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca z Pododdziałem Intensywnej Opieki Medycznej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Instytut Kardiologii, Klinika Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca



prof. dr hab. n. med. Ewa A. Jankowska
Instytut Chorób Serca, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu



prof. dr hab. n. med. Piotr Ponikowski
Instytut Chorób Serca, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Podczas Kongresu ESC 2023 w Amsterdamie przedstawiono aktualizację zaleceń opublikowanych przed dwoma laty dotyczących diagnostyki i leczenia przewlekłej i ostrej niewydolności serca.

Decyzje dotyczące przygotowania aktualizacji zaleceń pomiędzy 4-5-letnimi okresami publikowania kolejnych edycji zaleceń są podejmowane rzadko. W tym przypadku powodem takiej decyzji było ogłoszenie wyników kilku bardzo ważnych badań klinicznych o fundamentalnym znaczeniu dla leczenia chorych z niewydolnością serca z łagodnie upośledzoną i zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory serca oraz wyników badań dotyczących korzyści klinicznych leczenia schorzeń

towarzyszących (cukrzycowa niewydolność nerek, niedobór żelaza) w kontekście prewencji i leczenia niewydolności serca.

Najważniejszą nowością, choć spodziewaną i oczekiwaną przez klinicystów, są zalecenia dotyczące stosowania inhibitorów SGLT2 (dapagliflozyny i empagliflozyny) u chorych z niewydolnością serca z łagodnie upośledzoną i zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF>40%) celem poprawy rokowania. W ostatnich dekadach przeprowadzono wiele badań klinicznych z różnymi cząsteczkami w tej grupie pacjentów, które niestety nie udowodniły korzyści prognostycznych odnośnie do stosowania różnych leków. W 2021 roku opublikowano wyniki badania EMPEROR-Preserved (empagliflozyna), a rok później wyniki badania DELIVER (dapagliflozyna). Po raz pierwszy w historii medycyny udowodniono, że dwie cząsteczki stosowane u chorych na objawową niewydolność serca z LVEF≥40% są w stanie, i to w sposób spektakularny, poprawić rokowanie, czyli zmniejszyć ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego i hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Dotychczas leczyliśmy tych chorych wyłącznie objawowo. W związku z tym w aktualizacji wytycznych sformułowano dwa bardzo mocne zalecenia w klasie IA. U chorych na niewydolność serca z łagodnie upośledzoną lub zachowaną frakcją wyrzutową (LVEF>40%), aby zmniejszyć ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego i hospitalizacji z powodu niewydolności serca, zalecamy stosowanie dapagliflozyny bądź empagliflozyny. Kluczowa jest tutaj identyfikacja pacjentów, bo wciąż ta grupa chorych pozostaje w znacznej mierze nierozpoznana. Są to częstokroć

pacjenci pozostający pod opieką lekarzy rodzinnych, internistów i geriatrów. Ważnym zadaniem jest zatem rozpowszechnianie tych zaleceń w szerokim gronie specjalistów.

Drugim istotnym obszarem w aktualizacji wytycznych jest diagnostyka i leczenie schorzeń towarzyszących. Istnieją trzy schorzenia, które odgrywają kluczową rolę w rozwoju niewydolności serca u osób, które tej choroby jeszcze nie mają i w progresji już istniejącej niewydolności serca: cukrzyca, przewlekła choroba nerek i niedobór żelaza. Wspólnym mianownikiem tych trzech chorób jest ścisły związek ich patofizjologii z nieprawidłową energetyką na poziomie tkanek i narządów.

Sformułowano 2 zalecenia klasy IA dotyczące stosowania leków u osób chorujących na cukrzycę typu 2 i przewlekłą chorobę nerek. Z jednej strony zalecamy stosowanie inhibitorów SGLT2, czyli dapagliflozyny lub empagliflozyny (w oparciu o dane z badań DAPA-CKD oraz EMPA-Kidney), a z drugiej strony finerenonu, czyli niesteroidowego antagonisty receptora mineralokortykosteroidowego (w oparciu o dane z badań FIDELIO-DKD oraz FIGARO-DKD) w celu poprawy rokowania, czyli aby zmniejszyć ryzyko rozwoju niewydolności serca. Dotychczas nie było cząsteczek o udokumentowanym działaniu, które w tak dobitny sposób poprawiałyby rokowanie sercowo-naczyniowe u chorych z przewlekłą chorobą nerek i cukrzycą, ale bez rozwiniętej niewydolności serca.

W omawianym dokumencie dokonano również aktualizacji zaleceń dotyczących leczenia niedoboru żelaza u chorych na niewydolność serca.

Zdecydowana większość, czyli 70-80% chorych, którzy przebyli epizod dekomensacji krążenia, ma niedobór żelaza, który – niezależnie od współistniejącej niedokrwistości – przekłada się na fatalną jakość życia, większe nasilenie objawów niewydolności serca, wielokrotne hospitalizacje, krótsze życie i wyższe koszty w ochronie zdrowia. U chorych z niedoborem żelaza, zarówno u tych z, jak i bez niedokrwistości, dożylna suplementacja żelaza znacząco poprawia wydolność fizyczną i co za tym idzie – jakość życia. Wiemy również, że ta interwencja zmniejsza ryzyko wielokrotnych hospitalizacji w przebiegu niewydolności serca (na podstawie danych z badań AFFIRM-AHF i IRONMAN). Niezwykle ważne jest również to, że suplementacja żelaza okazała się jedną z najbardziej kosztowo efektywnych interwencji ze wszystkich, jakie stosujemy obecnie w niewydolności serca, również w polskiej populacji. Pamiętajmy też, że doustna suplementacja żelazem u chorych na niewydolność serca nie działa. Dlatego w aktualizacji wytycznych mamy dwa osobne zalecenia dotyczące dożylnego suplementacji żelaza. Dla pacjentów z niewydolnością serca z LVEF<50% mamy zalecenie klasy IA, aby dożylną suplementację żelaza stosować w celu poprawy wydolności fizycznej, zmniejszenia objawów niewydolności serca i poprawy jakości życia. Natomiast na podstawie danych z badania AFFIRM-AHF oraz badania IRONMAN należy rozważyć (klasa zleceń IIa A) dożylną suplementację żelaza w tej samej grupie chorych, aby zmniejszyć ryzyko kolejnych hospitalizacji z powodu niewydolności serca. ●

Konferencja prasowa inauguruje XXVII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

W ramach XXVII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 28 września w godzinach popołudniowych miał miejsce briefing prasowy, w którym udział wzięli:

prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; **prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil**, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; **prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski**, Były Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; **prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski**, rzecznik Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; **prof. dr hab. n. med. Jacek Legutko**, Przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; **prof. dr hab. n. med. Romuald Ochotny**, Współprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego XXVII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; **prof. dr hab. n. med. Maciej Lesiak**, Współprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego XXVII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz **prof. dr hab. n. med. Paweł Burchardt**, Sekretarz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Konferencję rozpoczęło wystąpienie kończącego swoją kadencję profesora Przemysława Mitkowskiego, który przedstawił pokrótce najważniejsze punkty programu Kongresu PTK, skupiając się przede wszystkim na wytycznych ESC 2023 dotyczących infekcyjnego zapalenia wsierdza. Następnie Prof. Adam Witkowski, były Prezes PTK, omówił flagowe programy realizowane przez Towarzystwo, w tym „KOS-Zawał Plus”, „Zastawka to Życie” oraz rok świadomości zaburzeń lipidowych. Podczas swojego wystąpienia przedstawił także wytyczne ESC 2023 dotyczące ostrych zespołów wieńcowych. – Nowo-



ścią jest to, że obejmują one całe spektrum ostrych zespołów wieńcowych, a nie jedynie poszczególne jednostki chorobowe – podkreślał ekspert. Wskazał również na nowe rekomendacje w zakresie relacji z pacjentem, a przede wszystkim na istotność włączenia pacjentów w proces decyzyjny. Wytyczne ESC dotyczące kardiomiopatii przedstawił prof. Paweł Burchardt. W swojej wypowiedzi podkreślił, że najnowszy dokument z wytycznymi pozwala na analizę poprawy rokowań, monitorowania choroby czy zapobiegania jej powikłaniom.

O znaczeniu hasła i motta tegorocznego kongresu mówił profesor Jacek Legutko. – *Hasło „Wspólnie dla serca” oraz motto „Od poradni do kliniki” wybrzmiały w wielu debatach i dyskusjach podczas 148 sesji, które zostały skrupulatnie zaplanowane w ramach trwającego kongresu* – podkreślał profesor.

Punkt widzenia Komitetu Organizacyjnego zaprezentował profesor Maciej Lesiak. – *Chcemy, aby wydarzenie inspirowało do wspólnych działań w podnoszeniu standardów opieki* – podkreślał, a za przykład podał pacjentów diabetologicznych. Omówił również założenia wytycznych ESC 2023 w zakresie chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy, szczególnie w przypadku pacjentów z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. O zaletach organizacji wydarzenia w Poznaniu mówił profesor Romuald Ochotny. W swojej wypowiedzi wskazał, że kongres będzie kolejny raz „doskonałym miejscem do wymiany doświadczeń, dyskusji, a także poznania wielu nowych doniesień naukowych”.

Ostatnim punktem briefingu było wystąpienie prof. Roberta Gila, Prezesa PTK w kadencji 2023-2025.

Prezes przedstawił etapy realizacji „Dekalogu Potrzeb Polskiej Kardiologii” i dokonał omówienia aktualizacji wytycznych dotyczących niewydolności serca z 2021 r. Kluczowym elementem wystąpienia było zaprezentowanie autorskiego programu wyzwań i planów na kolejną kadencję. Za kluczową potrzebę Prezes Gil uznał reewaluację wycen procedur w zakresie kardiologii, a przede wszystkim kardiologii interwencyjnej. Istotne punkty do realizacji na najbliższe dwa lata to m.in.: refundacja procedur o uznanych korzyściach w poprawie rokowania pacjentów; szybkie wprowadzenie nowych technologii nielekowych do użytku klinicznego oraz szeroki dostęp do nowych technologii farmaceutycznych (nie tylko w zakresie leczenia niewydolności serca). Jak zwracał uwagę w swoim wystąpieniu profesor Gil, konieczne jest pełne uruchomienie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, w tym jego kolegialne zarządzanie. Ponadto konieczna jest liberalizacja kryteriów włączenia do programu leczenia hiperlipidemii oraz połączenie go z programem KOS-zawał. Innym z priorytetów na najbliższe lata ma być kwestia wprowadzenia systemu umożliwiającego opisywanie wyników badań obrazowych w zakresie serca przez kardiologów. – *To my mamy być pierwszą pytani w tematach kardiologii, a nie zawiadani o podjętych decyzjach* – mówił o roli Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego nowy Prezes. Przedstawił również hasło swojej kadencji: „Polska kardiologia, europejskie standardy”.

Podczas briefingu przedstawiony szerokiej publiczności został również Prezes Elekt PTK prof. Marek Gierlotka, który zapewnił, że dołoży wszelkich starań, aby jego kadencja dobitowała w tyle sukcesów, ile ostatnie dwa lata działał prof. Przemysław Mitkowskiego oraz miała równie ambitne plany jak te, które przedstawił w trakcie konferencji prof. Robert Gil. ●

Digital Cardio Area

podczas XXVII Międzynarodowego Kongresu PTK

Konkurs na najbardziej efektywne wdrożenie rozwiązania z zakresu e-zdrowia w ramach Digital Cardio Area

W pierwszym dniu Kongresu odbyły się prezentacje konkursowe „Telekardiologia w Polsce – szanse i wyzwania” w ramach Digital Cardio Area. Konkurs organizowany był na najbardziej efektywne wdrożenie rozwiązania z zakresu e-zdrowia w placówce medycznej w opiece nad pacjentem kardiologicznym, prezentowane podczas XXVII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2023.

Na scenie zaprezentowano następujące wdrożenia:

- Modele Telemedyczne „Telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca”, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie, Adam Wajhajmer (Rzeszów)
- „TelePrzyjaciele od Serca” – Diagnostyka arytmii u dzieci i młodzieży zgłaszającej się do UDSK w Białymstoku z wykorzystaniem urządzeń telemedycznych i zdalnego kardiomonitringu, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku, Kinga Gościńska-Bis (Białystok)
- Domowe monitorowanie hemodynamiczne w niewydolności serca – projekt AMULET, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, Agata Galas (Warszawa)
- LAT-AI – model oparty o sztuczną inteligencję wspierający decyzję o wykonaniu badania przezprzełykowego USG przed ablacją lub kardiowersją, Kliniczny Oddział Kardiologii, Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli, Konrad Pieszko (Nowa Sól)
- afterAMI – aplikacja mobilna dla pacjentów po zawale serca, Heart Team, Maria Boszko (Warszawa)

Podczas Uroczystej Inauguracji Kongresu PTK odbył się finał Konkursu oraz wręczenie nagrody głównej i specjalnej za najciekawsze rozwiązanie



telemedyczne przyznanej przez Komisję ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji Zarządu Głównego PTK.

Nagrodę główną za najbardziej efektywne wdrożenie rozwiązania z zakresu e-zdrowia w placówce medycznej w opiece nad pacjentem kardiologicznym podczas XXVII Kongresu PTK otrzymało wdrożenie LAT-AI – model oparty o sztuczną inteligencję wspierający decyzję o wykonaniu badania przezprzełykowego USG przed ablacją lub kardiowersją. Nagrodę specjalną Komisji ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji ZG PTK otrzymało rozwiązanie

„TelePrzyjaciele od Serca” – Diagnostyka arytmii u dzieci i młodzieży zgłaszającej się do UDSK w Białymstoku z wykorzystaniem urządzeń telemedycznych i zdalnego kardiomonitringu.

Oceny projektów konkursowych dokonała Komisja Konkursowa pod przewodnictwem prof. Pawła Krzezińskiego – Przewodniczącego Komisji ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji.

– W pierwszej sesji zaprezentowano 5 zgłoszeń konkursowych dotyczących przygotowanych do wdrożenia rozwiązań telemedycznych. Spośród różnorodnych koncepcji, obejmujących innowacje systemowe, diagnostyczne i analityczne komisja konkursowa nagrodziła

dwie: model wspierający decyzję o wykonaniu badania przezprzełykowego przed ablacją lub kardiowersją wykorzystujący sztuczną inteligencję oraz wdrożenie telemonitoringu elektrokardiograficznego u dzieci z podwyższonym ryzykiem arytmii. W drugiej części odbyła się debata ekspercka, w której wskazano kluczowe elementy niezbędne dla skutecznego wdrażania telekardiologii w Polsce – podsumował prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Paweł Krzeziński, Przewodniczący Komisji Konkursowej, Przewodniczący Komisji ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji PTK.

Gratulujemy zwycięzcom! ●



V jubileuszowe Forum Serce Pacjenta



**prof. dr hab. n. med.
Ewa Straburzyńska-
-Migaj**

I Klinika Kardiologii
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

W imieniu Komitetu Organizacyjnego jubileuszowego V Forum Serce Pacjenta mam zaszczyt serdecznie zaprosić Państwa do udziału w tym unikatowym wydarzeniu, skierowanym w całości do pacjentów ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, którego inicjatorem jest Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

W tym roku Forum Serce Pacjenta odbywa się w mieście rodzinnym Komitetu Organizacyjnego – w Poznaniu. Już 30 września 2023 roku na

terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich spotkamy się z pacjentami kardiologicznymi, ich bliskimi, liderami czołowych organizacji pacjentów w Polsce, osobami zainteresowanymi ochroną i poprawą zdrowia swojego układu sercowo-naczyniowego oraz dziennikarzami.

V Forum Serce Pacjenta jak co roku będzie stanowiło integralną część Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – w wydarzeniu tradycyjnie wezmą udział najwybitniejsi specjaliści z dziedziny kardiologii z Polski i zza granicy. W ramach jubileuszowej edycji Forum Serce Pacjenta zaplanowaliśmy między innymi sesję inauguracyjną z udziałem przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, liderów organizacji pacjentów oraz decydentów.

Bogaty program spotkania obejmuje działania edukacyjno-świadomościowe w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz możliwości nowoczesnych terapii schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Dla uczestników przygotowaliśmy warsztaty, ogólnodostępne konsultacje diagnostyczne i lekarskie oraz dodatkowe materiały

edukacyjne dostępne w ramach stoisk zlokalizowanych na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich.

Do współpracy, jak co roku, zaprosiliśmy media ogólnopolskie i lokalne, w tym najbardziej opiniotwórcze i wysoko zasięgowe redakcje telewizyjne, radiowe, prasowe i internetowe, których przedstawiciele towarzyszą nam niezmiennie od pierwszej edycji Forum, wspierając nas w nagłaśnianiu i promocji kluczowych z punktu widzenia pacjentów zagadnień dotyczących poprawy zdrowia.

Tworząc agendę edukacyjną V Forum Serce Pacjenta wzięliśmy pod uwagę najnowsze trendy naukowe oraz rosnącą liczbę pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Zdecydowaliśmy się na zawarcie następujących bloków tematycznych: pacjent z nadciśnieniem tętniczym, pacjent z niewydolnością serca, pacjent z chorobą otyłościową oraz pacjent z zaburzeniami lipidowymi. Do działań edukacyjnych w każdym z wymienionych obszarów zaprosiliśmy najwybitniejszych ekspertów, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej.

Specjaliści służą naszym pacjentom swoją wiedzą i dodatkowymi cennymi poradami, niezmiernie istotnymi w procesie leczenia.

Spotkanie podczas V Forum Serce Pacjenta to również platforma do nawiązywania kontaktów pomiędzy organizacjami pacjentów. W swojej codziennej praktyce zauważamy, że nasi pacjenci coraz częściej są zainteresowani aktywnym współuczestnictwem w procesie prowadzonej terapii kardiologicznej. Wielu chorych proaktywnie poszukuje wiedzy o swojej chorobie i nowoczesnych możliwościach jej terapii. Potwierdzeniem tego jest duża frekwencja podczas poprzednich edycji Forum Serce Pacjenta. Pacjentom zależy na zdobywaniu aktualnej wiedzy na temat rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych zgodnych z aktualnymi wytycznymi. Jako Organizatorzy V Forum Serce Pacjenta chcemy wyjść tym potrzebom naprzeciw.

prof. dr hab. n. med. Ewa Straburzyńska-Migaj, kierująca pododdziałem niewydolności serca w I Klinice Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego V Forum Serce Pacjenta. ●

**V FORUM
SERCE
PACJENTA**
30 września 2023
Międzynarodowe Targi Poznańskie
sercepacjenta.com

W programie:

- spotkania z ekspertami
- strefa konsultacji i badań medycznych
- strefa lifestyle
- strefa dla organizacji pacjentów
- strefa dziecięca
- niespodzianka muzyczna

Serdecznie zapraszamy pacjentów
w godz. 14:00 – 18:00
Wstęp wolny

Organizator:



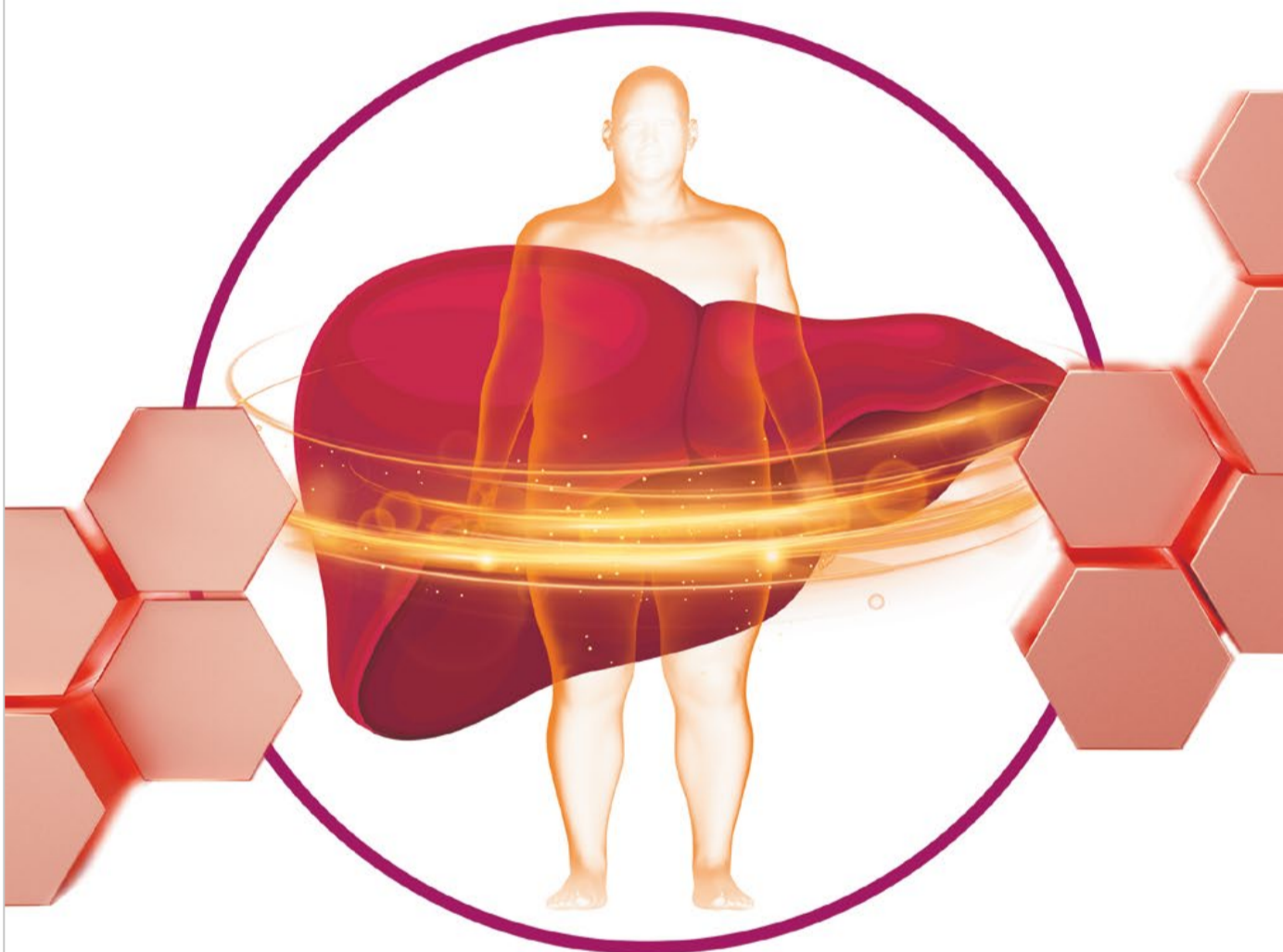
Organizator wykonawczy:



PROURSAN[®]

acidum ursodeoxycholicum (UDCA)

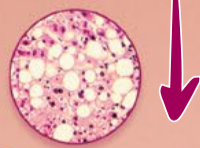
WIĘCEJ NIŻ HEPATOPROTEKCJA¹



Istotna redukcja
wartości²

ALT ↓ GGTP
AST ↓ AP

Zmniejszenie
stłuszczenia
wątroby³



Hamowanie
wchłaniania
cholesterolu⁴



PRO.MED.PL
Sp. z o.o.

Prousan, 250 mg

Skład: 1 kapsułka zawiera 250 mg kwasu ursodeoksycholowego. **Postać farmaceutyczna:** biała, twarda kapsułka żelatynowa zawierająca biały granulat. **Wskazania:** Pierwotne zapalenie dróg żółciowych u pacjentów bez zdekompenzowanej marskości wątroby. Leczenie chorób wątroby o różnej etiologii w przypadku braku wskazań do innych rekomendowanych terapii. Zapalenie błony śluzowej żołądka spowodowane zarzucaniem żółci. Rozpuszczanie cholesterolowych kamieni żółciowych o średnicy nie przekraczającej 15 mm, przepuszczalnych dla promieni rentgenowskich, u pacjentów, u których pomimo obecności kamieni czynność pęcherzyka żółciowego jest zachowana. Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą u dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 lat. **Przeciwwskazania:** produktu leczniczego Prousan nie należy stosować u pacjentów z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, niedrożnością dróg żółciowych (niedrożność przewodu żółciowego wspólnego lub przewodu pęcherzykowego), częstymi epizodami kolki żółciowej, zwapniałymi kamieniami żółciowymi widocznymi w promieniach rentgenowskich, osłabioną kurczliwość pęcherzyka żółciowego, nadwrażliwością na kwasy żółciowe lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, po nieudanym zabiegu portoenterostomii lub braku uzyskania poprawy w przepływie żółci u dzieci z niedrożnością dróg żółciowych. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** parametry czynności wątroby AspAT (GOT), ALAT(GTP) i γGT należy kontrolować co 4 tygodnie przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. Poza identyfikacją pacjentów odpowiadających i nieodpowiadających na leczenie wśród pacjentów leczonych z powodu pierwotnego zapalenia dróg żółciowych to monitorowanie umożliwia również wczesne wykrywanie potencjalnego uszkodzenia wątroby, szczególnie u pacjentów z zaawansowanym pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych. W przypadku stosowania produktu Prousan do rozpuszczania cholesterolowych kamieni żółciowych: z myślą o ocenie skuteczności leczenia i wczesnym wykryciu zwapnień w obrębie złożeń żółciowych, należy wykonać badanie radiologiczne pęcherzyka żółciowego (cholecystografie doustną) po 6–10 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, w zależności od średnicy złożeń. Produktu Prousan nie należy stosować, jeśli: pęcherzyk żółciowy jest niewidoczny na zdjęciu rentgenowskim, występują zwapnienia w obrębie złożeń, czynność skurczowa pęcherzyka żółciowego jest zaburzona lub często występuje kolka żółciowa. Stosowanie w leczeniu zaawansowanej pierwotnej żółciowej marskości wątroby: bardzo rzadko obserwowano dekomensację marskości wątroby, która ulegała częściowej regresji po przerwaniu leczenia. W razie wystąpienia biegunki dawkę należy zmniejszyć, a w przypadku uporczywej biegunki leczenie należy przerwać. Produktu Prousan nie należy stosować równocześnie z kolestyraminą, kolestypolem lub lekami zobojętniającymi kwas solny zawierającymi wodorotlenek glinu i (lub) inne związki glinu (tlenek glinu). Wymienione substancje wiążą kwas ursodeoksycholowy w jelicie i uniemożliwiają jego wchłanianie, co powoduje, że leczenie jest nieskuteczne. Jeśli stosowanie produktu zawierającego jedną z wymienionych substancji jest konieczne, Prousan należy przyjmować dwie godziny przed lub dwie godziny po zastosowaniu tego produktu. Prousan może nasilać wchłanianie cyklosporyny z jelita. U pacjentów leczonych cyklosporyną należy kontrolować jej stężenie w krwi, a w razie konieczności skorygować dawkę cyklosporyny. W pojedynczych przypadkach, Prousan może zmniejszać wchłanianie cyprofloksacynu. Wykazano, że kwas ursodeoksycholowy zmniejsza stężenie maksymalne w osoczu nifedypiny. Donoszono także o interakcji ze zmniejszeniem efektu terapeutycznego dapsonu. Hormony estrogenowe oraz leki obniżające poziom cholesterolu w krwi, takie jak kłofibrat mogą nasilać kamieć żółciową, co jest działaniem przeciwnym do działania kwasu ursodeoksycholowego stosowanego w celu rozpuszczania kamieni żółciowych. **Cięża i karmienie piersią:** produktu Prousan nie należy stosować w ciąży bez wyraźnej konieczności. Kobiety w wieku rozrodczym powinny przyjmować ten produkt tylko z równoczesnym stosowaniem skutecznych metod zapobiegania ciąży. Zaleca się stosowanie metod niehormonalnych lub doustnych środków antykoncepcyjnych o niskiej zawartości estrogeny. Produktu Prousan nie należy stosować w okresie karmienia piersią. **Działania niepożądane:** często zgłaszano występowanie jasnych stolców lub biegunki podczas przyjmowania kwasu ursodeoksycholowego. Bardzo rzadko podczas leczenia pierwotnego zapalenia dróg żółciowych występował silny ból w prawym górnym kwadrancie brzucha. W bardzo rzadkich przypadkach może dojść do zwapnienia kamieni żółciowych. W trakcie leczenia ciężkiego pierwotnego zapalenia dróg żółciowych obserwowano bardzo rzadko przypadki nasilenia objawów marskości wątroby, które częściowo ustępowały po odstawieniu leku. Bardzo rzadko może wystąpić pokrzywka. **Dawkowanie i sposób podawania:** dawkę zalecaną w rozpuszczaniu cholesterolowych kamieni żółciowych u dorosłych jest 2–5 kapsułek na dobę, w zależności od masy ciała (10 mg/kg mc. na dobę). Całą dawkę należy podawać jednorazowo wieczorem przed snem. Zaleca się następujący schemat dawkowania: osoby o mc. do 60 kg – 500 mg (2 kaps.), osoby o mc. 60–80kg – 750 mg (3 kaps.), osoby o mc. 80–100kg – 1000 mg (4 kaps.), osoby powyżej 100 kg – 1250 mg (5 kaps.). Długość leczenia oraz jego skuteczność zależą od wielkości kamieni żółciowych. Trwa ono od pół roku do dwóch lat. Leczenie należy przerwać, jeśli kamienie nie ulegną zmniejszeniu w ciągu roku. W zapaleniu błony śluzowej, spowodowanym zarzucaniem żółci, zaleca się stosowanie jednej kapsułki na dobę (250 mg), podawanej wieczorem przed snem. Długość leczenia w tym wskazaniu wynosi od 10 do 14 dni. W pierwotnym zapaleniu dróg żółciowych u pacjentów bez zdekompenzowanej marskości wątroby stosuje się 14 ± 2 mg/kg mc. Przez pierwsze 3 miesiące leczenia, produkt Prousan należy przyjmować trzy razy na dobę w dawkach podzielonych. Gdy parametry czynnościowe wątroby ulegną poprawie, dawka dobową może być przyjmowana raz na dobę wieczorem. Leczenie chorób wątroby o różnej etiologii w przypadku braku wskazań do innych rekomendowanych terapii stosuje się 14 ± 2 mg/kg mc. Dzieci i młodzież w wieku od 6 do 18 lat z mukowiscydozą: 20 mg/kg mc. na dobę w 2–3 dawkach podzielonych. W razie konieczności dawkę można zwiększyć do 30 mg/kg mc. na dobę. Kapsułki należy połykać bez rozgryzania, popijając odpowiednią ilością płynu. **Dostępne opakowania:** Prousan 250 mg x 30 kaps., Prousan 250 mg x 50 kaps., Prousan 250 mg x 90 kaps., Prousan 250 mg x 100 kaps. MZ-Nr pozw. na dop. do obr.: 10457. **Podmiot odpowiedzialny:** PRO. MED.CS. Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Republika Czeska. **Informacji udziela:** PRO.MED.PL Sp. z o.o. Al. Korfańskiego 141, 40-154 Katowice, www.prousan.pl ChPL z dn. 20.04.2023. **Cena urzędowa detaliczna:** 93,50 zł. **Maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta:** 41,94 zł. Lek wydawany za odpłatnością 30% do wysokości limitu we wskazaniach: zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą, pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby. Cena urzędowa detaliczna oraz maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta zgodnie z aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

1. Zgodnie z ChPL Prousanu 250 mg, zatw. dn. 20.04.2023, poza działaniem cytoprotekcyjnym i poprawą czynności wydzielniczej hepatocytów Prousan hamuje wchłanianie cholesterolu.

2. Simental-Mendía et al. Effect of ursodeoxycholic acid on liver markers: A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled clinical trials. Br J Clin Pharmacol. 2020; 86: 1476-1488.

3. Troisi G. et al. The treatment with Ursodeoxycholic Acid in elderly patients affected by NAFLD and Metabolic Syndrome: A case-control study. Clin. Ter. 2013; 164 (3): 203-207.

4. Charakterystyka Produktu Leczniczego Prousan 250 mg, zatw. 20.04.2023.

PRU-R1-08-2023

YLPIO, 80 mg + 2,5 mg, tabletki; **Skład:** każda tabletkę zawiera 80 mg telmisartanu i 2,5 mg indapamidu. **Postać farmaceutyczna:** żółtawe, okrągłe tabletki z linią podziałki, o średnicy 9 mm. Tabletkę można podzielić na równe dawki. **Wskazania do stosowania:** Produkt leczniczy YLPIO jest wskazywany w leczeniu zastępczym nadciśnienia tętniczego samotnego u dorosłych pacjentów, u których ciśnienie tętnicze jest odpowiednio kontrolowane podczas jednoczesnego stosowania telmisartanu i indapamidu w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym. **Dawkowanie i sposób podawania:** Zalecana dawka produktu leczniczego YLPIO wynosi jedną tabletkę raz na dobę. Produkt leczniczy może być podawany u pacjentów, których ciśnienie tętnicze jest odpowiednio kontrolowane podczas jednoczesnego podawania produktów zawierających osobno telmisartan i indapamid. Dawka musi odpowiadać dawkom podawanym podczas poprzednio stosowanego leczenia. **Szczególne grupy pacjentów:** Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek: Produkt leczniczy YLPIO jest przeciwwskazany u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek (filtracja kreatyniny < 30 ml/min) lub u pacjentów poddawanych hemodializie. U pacjentów z łagodnymi do umiarkowanych zaburzeniami czynności nerek nie ma konieczności dostosowania dawki, niemniej jednak indapamid jest w pełni skuteczny tylko w przypadku prawidłowej lub tylko nieznacznie zaburzonej czynności nerek. **Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby:** Produkt leczniczy YLPIO jest przeciwwskazany u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby. U pacjentów z łagodnymi do umiarkowanych zaburzeniami czynności wątroby należy dostosować dawkę tak, aby dawka telmisartanu nie była większa niż 40 mg raz na dobę. **Osoby w podeszłym wieku:** U pacjentów w podeszłym wieku nie jest konieczne dostosowanie dawki, ale należy ją dostosować w odniesieniu do stopnia kreatyniny, biorąc pod uwagę wiek, masę ciała oraz wiek pacjenta. Produkt leczniczy YLPIO można podawać osobom w podeszłym wieku, jeśli czynność nerek jest prawidłowa lub tylko nieznacznie zaburzona. **Dzieci i młodzieży:** Nie określono bezpieczeństwa i skuteczności produktu leczniczego YLPIO u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. **Sposób podawania:** Tabletkę należy przyjmować doustnie, podczas lub po posiłku, popijając odpowiednią ilością płynu. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na substancje czynne, sulfonamidy lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; ciężka niewydolność wątroby lub encefalopatia wątrobowa; ciężka niewydolność nerek; hipokaliemia; niedociśnienie; przewodność zablokowana. Produkt leczniczy YLPIO jest przeciwwskazany w drugim oraz trzecim trymestrze ciąży. **Przeciwwskazane jest jednoczesne stosowanie telmisartanu z produktami zawierającymi biskien u pacjentów z cukrzycą lub zaburzeniem czynności nerek (współczynnik przesączania kłębuszkowego, GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Ciężka nadciśnienie naczyniowo-nerkowe; Ciężka niewydolność nerek; Zaburzenie czynności nerek i przeszczep nerki; Hiperaldosteronizm pierwotny; Zwężenie zastawki aorty i zastawki mitralnej; kardiomiopatia przerostowa ze zwężeniem drogi odpływu z lewej komory; Pacjenci z cukrzycą przyjmujący insuliny lub doustne leki przeciwcukrzycowe; Zaburzenia czynności wątroby; Encefalopatia wątrobowa; Podwójna blokada układu renina-angiotensyna-aldosteron (RAA); Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej; Zmniejszenie objętości krwi krążącej; Zmniejszoną objętość wewnątrznaczyniową i (lub) zmniejszone stężenie sodu należy wyrównać przed podaniem skojarzenia telmisartanu z indapamidem; Stężenie sodu w osoczu: Przed rozpoczęciem leczenia należy oznaczyć stężenie sodu w osoczu krwi, a następnie regularnie je kontrolować. Stężenie potasu w osoczu: Hiperkaliemia: Stosowanie produktów leczniczych oddziałujących na układ renina-angiotensyna-aldosteron może powodować hiperkaliemię. Hiperkaliemia: podczas leczenia należy regularnie kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi. Pierwsze oznaczenie stężenia potasu w osoczu należy wykonać w pierwszym tygodniu leczenia. W przypadku stwierdzenia hiperkaliemii konieczne jest uzupełnienie potasu. Stężenie wapnia w osoczu: Tiazydowe leki moczopędne i leki o podobnym działaniu mogą zmniejszać wydalanie wapnia z moczem, powodując nieznaczne i przemijające zmniejszenie stężenia wapnia w osoczu. Stężenie glukozy w osoczu: U pacjentów z cukrzycą należy regularnie monitorować stężenie glukozy we krwi, zwłaszcza jeśli współistnieje hiperkaliemia. Stężenie kwasu moczowego w osoczu: U pacjentów z hiperurykemią istnieje tendencja do zwiększenia częstości występowania napadów dny. **Nadwrażliwość na światło:** Opisano przypadki reakcji uczuleniowych na światło, związanych ze stosowaniem tiazydowych leków moczopędnych oraz leków o podobnym działaniu. **Nadmierne nagromadzenie płynu między naczyniówką a twardówką, ostra krótkowzroczność i wtórna jaskra zamkniętego kąta:** sulfonamid lub pochodne sulfonamidu mogą powodować reakcję idiosyncrasyjną powodującą nadmierne nagromadzenie płynu między naczyniówką a twardówką, z ograniczeniem pola widzenia, przemijającą krótkowzrocznością i ostrą jaskrą zamkniętego kąta. **Różnice etniczne:** Podobnie jak w przypadku innych inhibitorów konwertyazy angiotensyny, telmisartan i inne leki blokujące receptor angiotensyny II, może wykazywać słabsze działanie hipotensyjne u pacjentów rasy czarnej. **Testy antydopingowe:** Indapamid może powodować dodatni wynik testu antydopingowego. Ten produkt leczniczy zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na dawkę, to znaczy leki uznaje się za „wolny od sodu”. **Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji:** W przypadku gdy telmisartan był podawany jednocześnie z digoksyną, obserwowano wzrost mediany maksymalnego stężenia digoksyny w osoczu (49%) i stężenia minimalnego (20%). **Niezalecane jednoczesne stosowanie:** leki moczopędne oszczędzające potas lub suplementy potasu, lit. **Leczenie skojarzone wymagające zachowania szczególnej ostrożności:** Niesteroïdowe leki przeciwzapalne (NLPZ), leki moczopędne (tiazydowe lub diuretyki pętlowe), leki indukujące torsades de pointes, inhibitory konwertyazy angiotensyny (inhibitory ACE), białek, glikozy naparsnicy, allopurinol. **Należy uważać:** jednoczesne stosowanie następujących leków: inne leki przeciwnadciśnieniowe; leki moczopędne oszczędzające potas (amilofryd, spironolakton, triamteren), metformina, jodowe środki kontrastujące, leki przeciwdepresyjne podobne do imipraminy, neuroleptyki, sole wapnia, cyklosporyna, takrolimus, kortykosteroidy, tetrakazydy (stosowanie ogólnoustrojowe). **Wpływ na płodność, ciążę i laktację:** Ciężka: Nie zaleca się stosowania produktu leczniczego YLPIO w pierwszym trymestrze ciąży i jest przeciwwskazane w drugim i trzecim trymestrze ciąży. **Jako zasada, podczas ciąży należy unikać stosowania preparatów moczopędnych. Nigdy nie należy ich stosować w leczeniu fizjologicznych obręzków występujących u kobiet w ciąży. Leki moczopędne mogą powodować niedokrwienie płodowo-łożyskowe, zaburzając wzrost płodu. Karmienie piersią:** Nie zaleca się stosowania produktu leczniczego YLPIO w okresie karmienia piersią. **Jeśli leczenie jest konieczne i nie ma alternatywnego leczenia o lepszym profilu bezpieczeństwa, należy przerwać karmienie piersią. Płodność:** W badaniach przedklinicznych nie obserwowano wpływu telmisartanu i indapamidu na płodność u kobiet i mężczyzn. **Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwania maszyn:** Podczas prowadzenia pojazdów i obsługiwania maszyn należy mieć na uwadze, iż w trakcie przyjmowania leków przeciwnadciśnieniowych, takich jak telmisartan, mogą czasami wystąpić zawroty głowy i senność. **Działania niepożądane:** **Telmisartan:** bóle i ciężkie działania niepożądane produktu leczniczego należą do reakcji anafilaktycznych i obrzęk naczynioruchowy (mogą wystąpić rzadko $\geq 1/10\ 000$ do $< 1/1\ 000$) oraz ostra niewydolność nerek. **Indapamid:** Najczęściej zgłaszane działania niepożądane to reakcje nadwrażliwości, głównie skórne, u osób z predyspozycją do reakcji alergicznych i astmatycznych oraz wysypkę plamkowo-grudkowych. **Zakażenia i zarażenia pasożytnicze – telmisartan:** zakażenia dróg moczowych w tym zapalenie pęcherza moczowego, zakażenie górnych dróg oddechowych, w tym zapalenie gardła i zapalenie zatok, posocznica, w tym zakażona zgonem. **Zaburzenia krwi i układu chłonnego – telmisartan:** niedokrwistość, czynnośń, małopłytkowość; **indapamid:** agranulocytoza, niedokrwistość aplastyczna, niedokrwistość hemolityczna, leukopenia, trombocytopenia. **Zaburzenia układu immunologicznego – telmisartan:** reakcja anafilaktyczna, nadwrażliwość. **Zaburzenia metabolizmu i odżywiania – telmisartan:** hiperkaliemia, hipoglikemia (u pacjentów z cukrzycą); **indapamid:** hiperkaliemia, utrata potasu z hipokaliemią, szczególnie ciężką w niektórych populacjach wysokiego ryzyka. **Zaburzenia psychiczne – telmisartan:** bezsenność, depresja, niepokój. **Zaburzenia układu nerwowego – telmisartan:** omdlenie, senność; **indapamid:** zawroty głowy, zmęczenie, bóle głowy, parestezie, omdlenie. **Zaburzenia oka – telmisartan:** zaburzenia widzenia; **indapamid:** krótkowzroczność, niewyraźne widzenie, zaburzenia widzenia, wysypki do naczyniówki. **Zaburzenia ucha i błędnika – telmisartan:** zawroty głowy pochodzenia błędnikowego. **Zaburzenia serca – telmisartan:** bradykardia, tachykardia; **indapamid:** zaburzenia rytmu serca typu torsades de pointes (które mogą zakończyć się zgonem). **Zaburzenia naczyniowe – telmisartan:** niedociśnienie, niedociśnienie ortostatyczne; **indapamid:** niedociśnienie. **Zaburzenia układu oddechowego. Klatki piersiowej i śródpiersia – telmisartan:** duszność, kaszel, śródmiąższowa choroba płuc. **Zaburzenia żołądka i jelit – telmisartan:** bóle brzucha, biegunka, niestrawność, wzdęcia, wymioty, suchość błony śluzowej jamy ustnej, nieregularny żołądek, zaburzenia smaku; **indapamid:** wymioty, nudności, zaparcia, suchość w jamie ustnej, zapalenie trzustki. **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych – telmisartan:** nieprawidłowa czynność wątroby; **indapamid:** zaburzenia czynności wątroby, możliwość rozwoju encefalopatii wątrobowej w przebiegu niewydolności wątroby, zapalenie wątroby. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej – telmisartan:** świąd, nadmierne pocenie się, wysypka, obrzęk naczynioruchowy (również zakończony zgonem), wyprysk, rumień, pokrzywka, wysypka pętlek, toksyczne uszkodzenie skóry; **indapamid:** reakcje alergiczne i astmatyczne, reakcje nadwrażliwości (głównie dotyczące skóry, u pacjentów skłonnych do alergii oraz reakcji astmatycznych), grudkowo-plamiste wysypki, plamica, obrzęk naczynioruchowy i (lub) pokrzywka, martwica toksyczna-zapalna naskórki, zespół Stevensa-Johnsona, możliwość nasilenia objawów współistniejącego toczenia rumieniowatego układuowego, reakcje nadwrażliwości na światło. **Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej – telmisartan:** ból pleców (np. rwa kulszowa), kurcze mięśni, ból mięśni, ból stawów, ból kończyn, ból ścięgien (objawy imitujące zapalenie ścięgien). **Zaburzenia nerek i dróg moczowych – telmisartan:** zaburzenia czynności nerek, w tym ostra niewydolność nerek; **indapamid:** niewydolność nerek. **Zaburzenia ogólne:** ból w klatce piersiowej, osłabienie, objawy grypopodobne. **Badania diagnostyczne – telmisartan:** zwiększone stężenie kreatyniny w osoczu, zmniejszone stężenie hemoglobiny, zwiększone stężenie kwasu moczowego we krwi, zwiększona aktywność enzymów wątrobowych, zwiększona aktywność fosfokinazy kreatynowej we krwi; **indapamid:** wydłużenie odstępu QT w badaniu EKG, zwiększenie stężenia glukozy we krwi, zwiększenie stężenia kwasu moczowego w osoczu, zwiększona aktywność enzymów wątrobowych. **Mechanizm działania:** **Telmisartan:** Telmisartan jest czynnikiem po podaniu doustnym, swoistym antagonistą receptora angiotensyny II (typu AT1). U ludzi, dawka 80 mg telmisartanu prawie całkowicie hamuje zwiększenie ciśnienia tętniczego wywołane przez angiotensynę II. To hamujące działanie utrzymuje się przez 24 godziny i można je stwierdzić w dalszym ciągu po 48 godzinach. **Indapamid:** Indapamid jest pochodną sulfonamidową zawierającą pierścień indolowy o właściwościach farmakologicznych podobnych do tiazydowych leków moczopędnych, działających poprzez hamowanie wchłaniania zwrotnego sodu w części korowej nerki. Powoduje to zwiększenie wydalania sodu i chlorków i w mniejszym stopniu potasu i magnezu, zwiększając w ten sposób objętość wydalanego moczu i wywołując działanie przeciwnadciśnieniowe. **Dzieci i młodzieży:** Nie określono bezpieczeństwa ani skuteczności stosowania telmisartanu u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. **Dostępne opakowania:** YLPIO 30 tabletek. Nr pozw. na obr. do obr.: 26597. Podmiot odpowiedzialny: PRO.MED.CS. Praha a.s., Telčská 377/1, Město, 140 00 Praha 4, Republika Czeska. Informacji udzieli: PRO.MED.PL Sp. z o.o., Al. Korfantego 141, 40-154 Katowice, www.promed.pl Na podstawie Charakterystyki Produktu Leczniczego YLPIO 80 mg + 2,5 mg, tabletki, ostatnia aktualizacja 30.08.2022.**



YLPIO[®]

telmisartanum 80 mg / indapamidum 2,5 mg

NOWOŚĆ!

ROZSZERZONA REFUNDACJA¹

65+

OD 1.07.2023 REFUNDACJA WE WSKAZANIU: NADCIŚNIENIE TĘTNICZE U OSÓB DOROSŁYCH W PRZYPADKACH INNYCH, NIŻ OKREŚLONO W ChPL¹

METABOLICZNIENIE KORZYSTNY LOGICZNY DUET (KARDIO)LOGICZNY

24 h działania leku²

TELMISARTAN + INDAPAMID

JEDNA PODZIELNA TABLETKA TO DWIE RÓWNOWAŻNE DAWKI²

Cała tabletkę to:



80 mg / 2,5 mg

Koszt 30-dniowej terapii 13,82 zł

Pół tabletki to:



40 mg / 1,25 mg

Koszt 30-dniowej terapii 6,91 zł



Lek wydawany bezpłatnie: we wszystkich wskazaniach określonych w decyzji o objęciu refundacją, dla osób uprawnionych, które ukończyły 65. rok życia. 13,82 zł – Cena po refundacji. Lek wydawany za odpłatnością 30% do wysokości limitu: we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji.

Referencje: 1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2023 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 września 2023 r. – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (www.gov.pl). 2. Ylpio[®], 80 mg + 2,5 mg, tabletki – Charakterystyka Produktu Leczniczego z dn. 30.08.2022.

YLP-ME3-06-2023

PRO.MED.PL Sp. z o.o.

XXVII Międzynarodowy Kongres PTK oczami naszego fotoreportera

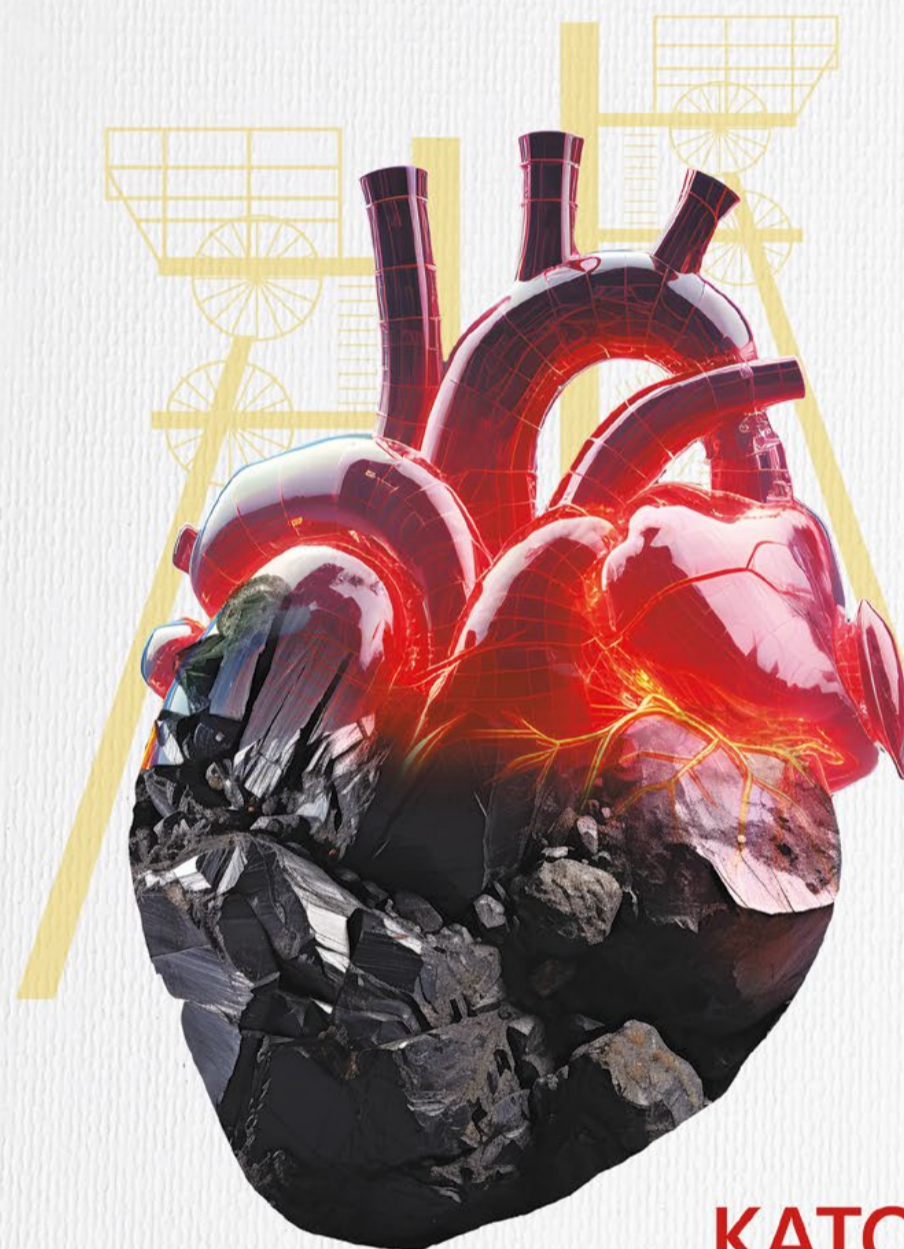




XXVIII

Międzynarodowy Kongres

Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



KATOWICE

19-21 WRZEŚNIA 2024

Wydawca:

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne,
Warszawa, ul. Stawki 3A lok. 1-3



Komitet Organizacyjny:

Prof. dr. hab. n. med. Przemysław Mitkowski
Prof. dr hab. n. med. Romuald Ochotny
Prof. dr hab. n. med. Maciej Lesiak

Opracowanie wydawnicze:

Grupa casusBTL Sp. z o.o.
ul. Rodawska 26, 61-312 Poznań



Opieka redakcyjna:

Grupa casusBTL

Redaktor prowadzący:

Bartosz Szymański

Redakcja i korekta:

Karolina Kaczmarek
Bartosz Szymański
Grupa casusBTL

Skład i opracowanie graficzne:

Marcin Płuska

Obsługa fotograficzna:

Marcin Bany

Publikacja przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 z późniejszymi zmianami).

© Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Jakiegokolwiek kopiowanie niniejszej publikacji, w części lub w całości, bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy jest całkowicie zabronione. Wydawca nie ponosi odpowiedzialności

za treść reklam i ogłoszeń. Opinie wyrażone w poszczególnych artykułach są wyłącznie opiniami ich autorów i nie mogą być przypisywane wydawcy, redaktorom ani członkom Komitetu Naukowego.

Każdy lekarz powinien kierować się własnym doświadczeniem klinicznym podejmując decyzję o przewadze korzyści z leczenia nad ryzykiem działań niepożądanych. Lekarze powinni zapoznać się z pełną informacją o preparatach wymienionych w artykułach, zamieszczoną na opakowaniach leków lub w materiałach promocyjnych producentów.